

בדיקות הנדרשות להקפאת ביציות

לכבוד הרופא המטפל,

גב' _____ מטופלת ביחידת ההפריה החוץ גופית במרכז הרפואי שערי-צדק.

לצורך המשך בירור והערכה אבקש להפנותה לביצוע הבדיקות הבאות:

1. בדיקות דם:

▪ סוג דם וסקר נוגדנים

▪ **PROLACTIN, TSH, LH, FSH, Progesterone, Estradiol**

▪ **17OHPregesterone, Free Testosterone, DHEAS**

▪ **HCV Ab, HBsAg, HIV**

▪ **CMV IgG, CMV IgM, TOXOPLASMA IgG/IgM**

▪ **VDRL/TPHA**

▪ ספירת דם

▪ תפקודי קרישה

▪ סוכר בצום, HBA 1C

▪ תפקודי כליה, תפקודי כבד

▪ **RUBELLA IgG** (במידת הצורך יש להתחסן לאדמת או להציג פנקס חיסונים עם תיעוד ל-2 חיסונים בעבר)

2. בדיקת כירורג שד:

אם התבקשת לבצע אולטרסאונד ו/או ממוגרפיה יש להביא סיכום ביצוע מכירורג (בתוקף לשנה)

3. בדיקת משטח צוואר הרחם (PAP SMEAR) אחת לשלוש שנים ולפי שיקול רופא נשים

4. א.ק.ג (EKG) מעל גיל 40 כולל פענוח רופא

5. אולטרה סאונד גינקולוגי- כולל AFC (יום 2-4 לווסת)

בדיקות דם לפרופיל הורמונלי
 נדרשת לביצוע ביום 2-4 לווסת
 נדרשת ערות של 3 שעות טרם
 הבדיקה

בדיקת דם בתוקף לשנה

טל': 02-6666055

פקס: 02-6666211

דוא"ל: IVFREC@SZMC.ORG.IL